



UNIONE DI COMUNI LOMBARDA

'ADDA MARTESANA'

Città Metropolitana di Milano

Via Martiri della Liberazione n. 11 Pozzuolo Martesana

telefono: 02950908239 fax: 0295357307

C.F. e P.IVA: 09571970962 – Codice Ministeriale: 1030496050

SETTORE SERVIZI SOCIALI

**RICHIESTA DI ACCESSO ALLE MISURE URGENTI DI SOSTEGNO ALLE
FAMIGLIE CHE VERSANO IN STATO DI BISOGNO CAUSATO
DALL'EMERGENZA SANITARIA IN ATTO**

La richiesta è soltanto una domanda rivolta al comune e non garantisce alcuna erogazione. La richiesta verrà valutata assieme a tutte le richieste ricevute e il comune si riserva di comunicare l'esito positivo o negativo.

Il/la sottoscritto/a

COGNOME.....NOME.....

nato/a a il

Codice Fiscale

residente inProvincia

Via Tel.....

E-mail.....

Domicilio.....

CHIEDE

di poter accedere alle misure urgenti di sostegno alle famiglie che versano in stato di bisogno causato dall'emergenza sanitaria in atto

Per il seguente motivo:

.....
.....

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali in cui è possibile incorrere in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445 del 26/12/2000.

DICHIARA

Di trovarsi in uno dei seguenti stati di bisogno determinati dall'emergenza sanitaria in atto:

- insufficienza del reddito familiare;
- presenza nel nucleo familiare di persone incapaci di provvedere a se stesse in modo autonomo;
- esistenza di circostanze particolari che comportino oneri straordinari a carico del nucleo familiare;
- esistenza di circostanze particolari che comportino situazioni a rischio di emarginazione per il nucleo familiare.

DICHIARA

che i soggetti componenti il proprio nucleo familiare (richiedente, componenti la famiglia anagrafica ed altri soggetti a carico IRPEF) sono i seguenti:

COGNOME e NOME	Data di nascita	Rapporto con il richiedente
		<input type="checkbox"/>

A tal fine allega i seguenti documenti:

- A) Dichiarazione Sostitutiva Unica e Attestazione ISEE (Indicatore Situazione Economica Equivalente) del proprio nucleo familiare.
- B) Documentazione necessaria che attesti lo stato di bisogno dovuto all'emergenza sanitaria

Dati per accredito della misura in caso di esito positivo dell'istanza:

COGNOME.....NOME.....

nato/a a il

Codice Fiscale

residente inProvincia

Via Tel.....

E-mail.....

IBAN:

Data.....

FIRMA

.....

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

I dati personali e gli eventuali dati sensibili dichiarati devono essere forniti necessariamente per istruire la presente domanda di contributo.

Tali dati sono raccolti ed utilizzati, anche con strumenti informatici, al solo fine di erogare i contributi. Sono comunicati ad altri Enti ed Amministrazioni pubbliche, ove ciò si renda necessario, per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali.

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Io sottoscritto dichiaro di aver preso atto dell'informativa sui dati personali.

Io sottoscritto dichiaro di essere consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono dichiarazioni false e che le risposte e le notizie fornite nel presente modulo di domanda sono veritiere. In particolare ho preso atto degli Artt. 75 e 76 del DPR 445/2000 che prevedono sanzioni per chi rende dichiarazioni sostitutive di certificazioni e di atti di notorietà falsi, mendaci o parzialmente veritiere. Sono da considerarsi dichiarazioni sostitutive di certificazione tutte le notizie fornite nella domanda attinenti a stati, qualità personali e fatti che riguardano i soggetti interessati.

Io sottoscritto mi impegno a segnalare all' Amministrazione qualsiasi violazione che dovesse verificarsi rispetto alle situazioni dichiarate.

Io sottoscritto sono consapevole che l'omessa o incompleta comunicazione di fatti influenti sulle condizioni relative all' attribuzione del contributo comporta, oltre alla responsabilità prevista dalla legge, il recupero delle somme che risultassero percepite indebitamente.

Con la firma delle previste dichiarazioni di responsabilità si sottoscrive l'istanza e tutte le dichiarazioni sostitutive di certificazioni in essa contenute

Data

FIRMA